S 7 KR 112/14

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG Nürnberg (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
7
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 7 KR 112/14
Datum
07.07.2014
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheids vom 10.09.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.03.2014 verurteilt, die Klägerin mit einem CGM - Messsystem DexComG4 Platinum einschließlich des hierfür zur Messung und Auswertung jeweils erforderlichen Zubehörs zu versorgen.

II. Die Beklagte hat der Klägerin ihre notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Versorgung mit einem Messsystem zur kontinuierlichen Glucose-Messung (CGMS).

Die 1983 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gegen Krankheit versichert. Mit Schreiben vom 28.03.2013 (Eingangsstempel Beklagte: 26.04.2013) beantragte sie bei der Beklagten die Kostenübernahme eines CGMS. Ein CGMS würde ihr die Einstellung ihres Diabetes sehr erleichtern, da sie häufig ihren Blutzucker messen müsse, um eine gute Einstellung zu erreichen. Da sie ihre Hypoglykämien nicht mehr richtig wahrnehme - auch nach mehreren Wahrnehmungstrainings - sei keine Besserung zu vernehmen. Dadurch sei auch ihr Lebensgefährte einer außergewöhnlichen Belastung ausgesetzt. Er stehe morgens schon immer mit der Angst auf, sie wieder bewusstlos im Bett vorzufinden.

Beigefügt war ein Kostenvoranschlag der Firma ninta med für ein "Dexcom G4 zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung - Quartalsbedarf Sensoren - " zum Endpreis von 834,00EUR.

Weiter beigefügt war ein diabetologisches Gutachten des Krankenhauses S. In diesem wird ausgeführt, dass bei der Klägerin seit dem 7. Lebensjahr ein Typ-1-Diabetes bestehe. Der Diabetes habe immer als schwer bzw. nicht einstellbar (sog. "brittle diabetes") gegolten, die subjektiv schmerzhaften Injektionen seien zwei Jahrzehnte lang als Abwehrverhalten, Anpassungsstörung u.ä. fehlinterpretiert worden. Die für die jahrelangen Schmerzen und Nicht-Einstellbarkeit ursächliche Allergie gegen Kresol und Phenol mit konsekutiver subcutaner Insulinresistenz sei erst Jahre später erkannt worden. Seit November 2011 liege schließlich ein intraperitonealer Port, über den mittels einer kontinuierlichen Insulininfusion das Pumpeninsulin Insuman Infusat nach dem Basis/Bolus Konzept verabreicht werde. Die Klägerin sei exzellent geschult, rechne mit Broteinheiten, BE-Faktoren und passe Korrekturfaktoren tageszeitlich und nach Höhe des selbstgemessenen Blutzuckers an. Die Klägerin habe die ohnehin stark schwankenden Blutzuckerwerte einerseits bisher eher hoch gehalten, um Hypoglykämien zu vermeiden. Andererseits sei es trotzdem wiederholt zu Fremdhilfebedürftigen Hypoglykämien gekommen. Außerdem lägen bereits mikrovaskuläre Spätkomplikationen vor. Wegen stark schwankender Blutzuckerwerte bei formal nicht befriedigender Stoffwechsellage (HbA1c 7,5%) sei nach eingehender Geräteeinweisung und Schulung vom 10.01.-18.01.2013 versuchsweise ein System zur kontinuierlichen Gewebeglukosemessung angelegt worden. Die Klägerin komme damit gut zurecht. Es sei während der Testwoche möglich gewesen, vier Problembereiche zu erkennen und therapeutisch anzugehen. Die nächtliche Basalrate sei bis ca. 06.00 Uhr zu niedrig, von 06.00 bis 08.00 Uhr dagegen zu hoch und sei entsprechend angepasst worden. * Es sei trotz der intraperitonalen Bolusgabe regelmäßig zu steilen prandialen Zuckerspitzen gekommen, weshalb man den bestehenden Spritz-Ess-Abstand von 20 auf 30 Minuten verlängert habe. * Durch die Alarmfunktion des Sensors sei es der Klägerin möglich gewesen, Unterzuckerungen zu erkennen und Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Autonome und neuroglukopenische Symptome seien in keinem einzigen Fall vorhanden gewesen. Die durchgeführten Kontrollmessungen seien jeweils plausibel gewesen. Dabei habe sich auch gezeigt, dass die Klägerin bisher in der Hypoglykämie zu viele Broteinheiten zugeführt habe, was zu steilen Zuckerspitzen nach Hypoglykämien geführt habe. Am letzten Tag der Probewoche sei keine Hypoglykämie mehr aufgetreten. Bei der Klägerin seien im Prinzip alle Therapiemaßnahmen ausgeschöpft. Sie trage eine intraperitoneale Pumpe, führe regelmäßige Blutzuckermessungen incl. nächtlicher Blutzuckermessungen durch und habe an

Schulungen zur Therapie-Optimierung sowie dreimal an einem Hypoglykämie-Wahrnehmungstraining teilgenommen. Da die Klägerin wiederholt fremdhilfebedürftige Unterzucker erlitten habe und nach wie vor keinerlei Warnsymptome wahrnehme, bestehe die Indikation zur kontinuierlichen Gewebeglukosemessung zur Vermeidung potentiell lebensbedrohlicher Situationen.

Die Beklagte teilte der Klägerin mit Schreiben vom 07.05.2013 mit, dass man den MDK eingeschaltet habe. Sobald der Beklagte die Antwort vorliege, werde man ihr umgehend das Ergebnis mitteilen. Mit Schreiben vom 25.06.2013 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass der MDK angebe, zur abschließenden Beurteilung weitere Unterlagen zu benötigen. Man bitte die Klägerin daher, weitere ärztliche Berichte zu Diagnostik, Befund, Therapie und Verlauf einzureichen (Facharzt, Krankenhaus, Reha, Hypoglykämiewahrnehmungstrainingsbericht), insbesondere die letzten 3 HbA1c-Werte, sowie die Blutzuckerprotokolle der letzten drei Monate mit Angabe BE, Korrekturfaktor, BZ-Ziele, Insulinpumpeneinstellung und Dokumentation ergriffener Regulationsmaßnahmen (sportl. Aktivität, Krankheiten, Fremdhilfeleistungen).

Diese Unterlagen wurden von der Klägerin mit Schreiben vom 08.07.2013 übersandt.

Die Beklagte beteiligte daraufhin erneut den MDK. Im Gutachten vom 13.08.2013 wird ausgeführt, dass die CGMS als Behandlungsmethode ambulant durch den G-BA nicht anerkannt sei und eine Verordnung im Rahmen vertragsärztlicher Versorgung ausgeschlossen sei. Die CGMS sei in die Liste der zu prüfenden Methoden des G-BA aufgenommen. Anhand der vorliegenden Unterlagen sei nicht belegt, dass die Möglichkeiten anerkannter Behandlungsmethoden ausgeschöpft und unzumutbar seien. Ein medizinischer Nutzen der Methode gegenüber anerkannten Behandlungsoptionen sei nicht belegt und Notwendigkeit ambulanter CGMS außerhalb vertragsärztlicher Versorgung nicht ausreichend begründet. Eine notstandähnliche Behandlungssituation sei nicht dokumentiert.

Mit Bescheid vom 10.09.2013 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass man sich an den Kosten des CGMS nicht beteiligen könne. Dabei handle es sich um eine noch nicht anerkannte Leistung, die momentan durch den G-BA bewertet werde. Das Ergebnis werde bis Mitte/Ende 2014 erwartet. Bis dahin sei die CGM als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode im Sinne des § 135 SGB V zu bewerten. Diese könne zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung nur zum Einsatz kommen, wenn 1. eine akut lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheit vorliege 2. keine vertragsärztlichen Alternativen existierten 3. eine auf Indizien gestützte nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung bestünde. Nach der Beurteilung durch den MDK sei dies nicht der Fall.

Mit Schriftsatz ihres Bevollmächtigten vom 10.10.2013 erhob die Klägerin hiergegen Widerspruch. Es wurde vorgetragen, dass es sich bei der CGM-Messung nicht um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode handle, da es sich lediglich um eine frequenzielle Erhöhung ohnehin schon erforderlicher Glukosekontrollen handle. Dementsprechend sei die Entscheidung des G-BA nicht zu beachten, lediglich sei noch zu prüfen, ob die Voraussetzungen des § 33 SGB V zur Verordnungsfähigkeit eines Hilfsmittels vorliegend gegeben seien. Hierzu führe das diabetologische Gutachten hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit ausführlich aus. Selbst bei Vorliegen einer rechtmäßigen Entscheidung des G-BA wäre nach dem Nikolaus-Beschluss des Bundesverfassungsgerichts dennoch für den konkreten Einzelfall die Kostenübernahme zu erklären. Diabetes mellitus sei potentiell lebensgefährlich durch die Möglichkeit des Auftretens von Hypoglykämien. Die Klägerin habe regelmäßig Hypoglykämien schwererer Natur. Diese möge die Klägerin vielleicht noch erkennen, dies jedoch keinesfalls in der Nacht. Dementsprechend gebe Garantie für die Rechtzeitigkeit des Erkennens und das Verhindern körperlicher Ausfallscheinungen nur die Anwendung eines CGMS-Messsystems durch das dortige Vorhandensein von Trendpfeilen und darüberhinausgehend auch entsprechenden Alarmen, die in der Nacht eine hinreichende Sicherheit darstellen würden.

Die Beklagte beteiligte noch einmal den MDK, ohne dass sich am Beurteilungsergebnis etwas änderte.

Mit Schreiben vom 06.02.2014 teilte die Beklagte der Klägerin das Ergebnis der Beurteilung des MDK mit und bat um Stellungnahme, ob der Widerspruch aufrechterhalten bleibe.

Mit Bescheid vom 26.03.2014 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück.

Bereits mit Schriftsatz ihres Bevollmächtigten vom 04.03.2014 stellte die Klägerin einen Antrag auf vorläufigen Rechtschutz beim Sozialgericht N. Mit Beschluss vom 25.03.2014 verpflichtete das Gericht die Beklagte zur vorläufigen Kostenübernahme des CGMS-Systems, was damit begründet wurde, dass gem. § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V die Genehmigungsfiktion eingetreten sei und die Klage höchstwahrscheinlich Erfolg haben werde.

Mit Schriftsatz ihres Bevollmächtigten vom 06.03.2014 erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht N. Die Klägerin beruft sich weitgehend auf ihr Vorbringen im Widerspruchsverfahren.

Sie beantragt den Bescheid der Beklagten vom 10.09.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.03.2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Klägerin mit einem CGM-Messystem DexCom G4 Platinum einschließlich des hierfür zur Messung und Auswertung jeweils erforderlichen Zubehörs zu versorgen.

Die Beklagte beantragt die Klage abzuweisen.

§ 13a SGB V finde keine Anwendung, wenn sich der Versicherte bis zur Bekanntgabe der Leistungsentscheidung, die beantragte Leistung nicht selbst beschafft habe. Dies sei vorliegend der Fall. Die Klägerin mache keinen Kostenerstattungsanspruch geltend.

Wegen der Einzelheiten wird auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage hat Erfolg.

Die Klägerin hat einen Anspruch auf Kostenübernahme für das beantragte CGMS-Messsystem. Dieser ergibt sich bereits daraus, dass die beantragte Leistung von Gesetzes wegen als genehmigt gilt.

Grundlage hierfür ist § 13 Abs. 3 a Satz 6 SGB V in der seit dem 26.02.2013 geltenden Fassung vom 20.02.2013 ("Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten", Bundesgesetzblatt I 2013, S. 277). Die Regelung lautet: "Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt." Die Regelung ist nur im Zusammenhang mit § 13 Abs. 3a Sätze 1 bis 5 SGB V verständlich. Diese lauten: Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit.

Bei der Beklagten ist am 26.04.2013 der Antrag der Klägerin vom 28.03.2013 auf Kostenübernahme für ein CGMS-Messsystem eingegangen. Beantragt wurde ohne Zweifel die Kostenübernahme des Messsystems als solches, obwohl nur ein Kostenvoranschlag für den Quartalsbedarf vorgelegt wurde. Dies geht aus dem gesamten Vorbringen der Beteiligten deutlich hervor, auch die Beklagte fasste dies augenscheinlich so auf. Über diesen Antrag hätte die Beklagte spätestens innerhalb von fünf Wochen entscheiden müssen (§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V) oder der Klägerin unter Darlegung der Gründe schriftlich mitteilen müssen, dass sie die Frist nicht einhalten könne (§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V). Vorliegend teilte die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 07.05.2013 mit, dass man den MDK eingeschaltet habe. Dies entspricht nicht einer begründeten Mitteilung, dass man die Entscheidungsfrist nicht einhalten könne. Alleine die Frist zur Entscheidung verlängert sich durch die Beteiligung des MDK von drei auf fünf Wochen. Die Anforderung weiterer Unterlagen erfolgte dann erst mit Schreiben vom 25.06.2013. Da der Antrag der Klägerin am 26.04.2013 eingegangen ist, begann die Frist des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V am 27.04.2013 zu laufen und endete am 31.05.2013. Mit Ablauf des 31.05.2013 gilt daher die beantragte Leistung gemäß § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V als genehmigt. Diese Vorschrift ist auf das beantragte Hilfsmittel auch anwendbar. Dieses war "die beantragte Leistung". Die Rechtsfolge des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V ist auch nicht auf eine Kostenerstattung beschränkt. Angesichts des klaren Wortlauts ("die beantragte Leistung") besteht kein Auslegungsbedarf. Wäre der Geltungsbereich dieser Regelung alleine auf einen Erstattungsanspruch beschränkt, so wäre § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V praktisch ohne Regelungsgehalt. Denn die Möglichkeit, sich die erforderliche Leistung selbst zu beschaffen und von der Kasse Erstattung zu verlangen, gibt bereits § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V. Für die Kammer stellt sich der Regelungsgehalt des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V daher so dar, dass durch den Eintritt der Genehmigungsfiktion (vgl. auch die Überschrift der Gesetzesbegründung "Genehmigungsfiktion", Bundesgesetzblatt Jahr 2013 Teil 1 Nr. 9 vom 25.02.2013, S. 279) der Genehmigungsbescheid der Beklagten ersetzt wird. Für diese Auslegung spricht auch die Legaldefinition, die der Gesetzgeber in § 42a VwVfG getroffen hat. Danach gilt eine beantragte Genehmigung nach Ablauf einer für die Entscheidung festgelegten Frist als erteilt (Genehmigungsfiktion), wenn dies durch Rechtsvorschrift angeordnet und der Antrag hinreichend bestimmt ist. Auch hier ist die Konsequenz, dass vom Gesetzt unterstellt wird, es wäre von der Behörde ein bestimmter Verwaltungsakt erlassen worden ("fiktiver Verwaltungsakt"). Der Versicherte kann dies dann zum Anlass nehmen, entweder von der Beklagten die Leistung zu verlangen oder sich gem. § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V die Leistung selbst zu beschaffen. Würde sich nämlich ansonsten der Versicherte die Leistung selbst beschaffen, ohne das eine explizite Entscheidung der Kasse vorliegt, dann stünde - entsprechend der Rechtsprechung des BSG zu § 13 Abs. 3 SGB V - das Fehlen einer ablehnenden Entscheidung dem Kostenerstattungsanspruch entgegen. Folglich war es auch notwendig, für diesen Fall (Genehmigung ohne Bescheid) eine gesonderte Regelung zu treffen. Würde man die Regelung jedoch auf einen Kostenerstattungsanspruch beschränken, so würde sie weitgehend ins Leere laufen. Je höher der Wert der im Raum stehenden beantragten Leistung und je höher somit auch die Schutzbedürftigkeit des Versicherten ist, umso kleiner wäre der Anwendungsbereich der Genehmigungsfiktion, da Voraussetzung für die Anwendung wäre, dass der Versicherte in der Lage sein müsste, die entsprechenden Kosten vorzuschießen.

Die Kostenfolge ergibt sich aus § 193 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2016-06-14